

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ÉDINA VENDRAME
RAFAEL AGOSTINI

**INSATISFAÇÃO DO IDOSO COM O SERVIÇO DE SAÚDE: UM PRODUTO DA
FRAGILIDADE NAS RELAÇÕES DE CUIDADO?**

Porto Alegre
2014

ÉDINA VENDRAME

RAFAEL AGOSTINI

**INSATISFAÇÃO DO IDOSO COM O SERVIÇO DE SAÚDE: UM PRODUTO DA
FRAGILIDADE NAS RELAÇÕES DE CUIDADO?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof.^a Dra. Aline Blaya Martins de Santa Helena

Porto Alegre

2014

CIP- Catalogação na Publicação

Vendrame, Édina

Insatisfação do idoso com o serviço de saúde: um produto da fragilidade nas relações de cuidado? / Édina Vendrame. – 2014.

61 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

Orientadora: Aline Blaya Martins

1.Envelhecimento 2. Serviços de saúde para idosos. 3. Atenção primária à saúde 4.Satisfação do paciente. 5. Assistência centrada no paciente. 6. Tomada de decisão. I. Agostini, Rafael. II.Martins, Aline Blaya. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Eu, Édina Vendrame, agradeço aos que me deram a vida, meus pais **Enio Norberto Vendrame** e **Sandra Emer Vendrame**. Vocês são as alavancas responsáveis por me impulsionar nesta caminhada, pois acreditaram em mim e nos meus sonhos. Sei que muitas vezes até vocês achavam que a caminhada era árdua, tanto para mim quanto para vocês, no entanto, nunca deixaram de estar presentes, de incentivar, de se dedicar, de se preocupar e de estarem atentos as nossas necessidades.

Sim, as nossas necessidades, as minhas e de minha irmã **Katia Vendrame**, pessoa a qual também vão os meus agradecimentos. Mana, obrigada por ter convivido comigo nestes anos de mudança, os quais vivemos mais longe de nossos pais e familiares. Tivemos momentos de conflito, mas sem dúvida o companheirismo e a compreensão prevaleceram. Aprendemos muito juntas e, talvez, o maior aprendizado seja que podemos contar uma com a outra.

A vida nos mostra caminhos, a Odontologia foi o caminho o qual me levou até você, meu AMOR, e agradeço todos os dias a Deus por ter permitido que nossos caminhos se cruzassem. Ao meu amor, **Alexandre da Silva Tedesco**, agradeço pelos inúmeros momentos de felicidade, pelo companheirismo, pela paciência, pela compreensão, pelo incentivo, pela dedicação, pelo amor e por ter aguardado pacientemente o meu retorno após um ano para que eu realizasse meu sonho de fazer intercâmbio. Agradeço a tua participação na pesquisa “Amiga do Idoso”, foi lá que conheci o teu potencial como profissional líder e como pessoa. E também desejo a você uma carreira brilhante como colega de profissão, e pode contar comigo, sempre estarei ao seu lado.

Agradeço também ao **CNPQ** por me contemplar com a bolsa do Ciências Sem Fronteiras para realizar a graduação-sanduíche no exterior. Sem dúvidas esta oportunidade foi inigualável e de suma importância para o aprimoramento da língua inglesa, para a apropriação de novas culturas, para ampliação de meus conhecimentos através dos cursos e da pesquisa que desenvolvi junto a **Faculdade de Odontologia da Universidade de Manitoba – Canadá**, a qual também dirijo meus agradecimentos.

Agradeço ao meu colega de pesquisa e colega na elaboração deste trabalho, **Rafael Agostini**, pela proposta de trabalho em conjunto e pelo engajamento e

determinação ao realizar seu trabalho, fostes essencial. Foi um prazer trabalhar contigo.

Eu, Rafael Agostini, agradeço aos meus pais, **Osmar e Marilene**, mesmo que esta in memoriam, pelo amor, incentivo e suporte dedicados durante esses cinco anos e imprescindíveis para eu chegar até aqui. Agradeço aos meus irmãos, **Elias e Marina**, simplesmente por existirem. E ao meu amor, **Ana Luiza**, agradeço pelo carinho, pelo companheirismo, pelo apoio e pela lealdade em todos os momentos da minha vida.

Agradeço, também, a minha colega de pesquisa e de elaboração deste trabalho, **Édina Vendrame**, pela cooperação e pela parceria formada na execução dessa proposta. Acredito que conseguimos fazer um belo trabalho, foi um prazer.

Em conjunto, agradecemos a **família e aos amigos** pela paciência em entender as nossas ausências em momentos importantes.

A nossa orientadora, **Aline Blaya Martins**, pelo carinho, pelo comprometimento e pelos ensinamentos a nós dedicados. Nosso entrosamento foi essencial para executarmos este trabalho com dedicação e interesse, de uma forma muito prazerosa. Vamos ficar com saudades de nossos encontros e nossas discussões filosóficas.

Ao Professor **Fernando Hugo**, pela oportunidade de participar, como bolsistas do Centro de Pesquisa em Odontologia Social (CPOS), do grupo de pesquisa e aprimorar nossos conhecimentos na área da Odontologia Social e Coletiva.

Ao Doutorando **Matheus Neves**, que participou da elaboração do Projeto de Pesquisa deste TCC.

Ao **Centro de Pesquisa em Odontologia Social** e a **Faculdade de Odontologia da UFRGS**, nas figuras de seus diretores, Fernando Neves Hugo e Pantelis Varvaki Rados, agradecemos pelas diversas oportunidades oferecidas aos alunos, enquanto bolsistas, possibilitando nossa atuação extracurricular nas diferentes áreas da Odontologia.

A **Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul**

(FAPERS), agradecemos pela oportunidade de desenvolver uma pesquisa com financiamento próprio conquistado através do Edital PPSUS.

A **Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE)**, agradecemos pela bolsa de serviços que nos foi deferida.

A **Prefeitura do Município de Porto Alegre**, representada pela Coordenadora Geral da Rede de Atenção Primária, **Christiane Nunes de Freitas**, pela viabilização da coleta de dados deste estudo.

Aos **coordenadores e trabalhadores de saúde** das Unidades de Saúde dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon, em Porto Alegre, agradecemos pela acolhida e pelo valioso auxílio na verificação das estruturas físicas.

Aos **idosos** que participaram desta pesquisa, agradecemos pelo tempo e pela paciência dedicados nos momentos de nos receber em seus lares e responder aos enormes questionários. Saímos dos lares de cada um de vocês com um pouco mais de sabedoria e com um sentimento de carinho, muitas vezes nos fazendo sentir como seus netos.

Nosso muito obrigado!

RESUMO

VENDRAME, Édina; AGOSTINI, Rafael. **Insatisfação do idoso com o serviço de saúde: um produto da fragilidade nas relações de cuidado?** 2014. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Este estudo se propõe a investigar a associação entre a percepção dos idosos de que os trabalhadores de saúde responsáveis pelo seu cuidado o conhecem mais como um problema de saúde do que como uma pessoa e a insatisfação dos mesmos para com o serviço de saúde. Essa associação está ajustada para confundidores de acordo com um modelo teórico conceitual. Trata-se de um estudo de base populacional, de delineamento transversal, que avaliou uma amostra de 848 idosos com 60 anos ou mais, independentes, e moradores dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon, em Porto Alegre/RS. As medidas utilizadas foram: Informações sociodemográficas e comportamentais, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Informações sobre o Uso dos Serviços e Percepções a respeito do cuidado e Questionário de Condições de Saúde. Os resultados, obtidos através da análise estatística realizada através da regressão de Poisson com variância robusta, mostraram que: ser percebido como alguém com problema de saúde, e não como uma pessoa (RP=1,48, IC 95% 1,00-2,17, p= 0,04), não participar, através de suas ideias e opiniões, do planejamento de seu tratamento e cuidado (RP=2,36, IC 95% 1,32-4,19, p=0,00) e acessar Unidade Básica de Saúde (RP= 2,47, IC 95% 1,66-3,67, p=0,00) aumentaram a prevalência de insatisfação com o serviço de saúde acessado. Conclusão: Considerando o desenvolvimento de uma cultura de cuidado, onde as práticas sejam centradas nas pessoas e não nos problemas de saúde, este trabalho pode contribuir, uma vez que demonstra a associação entre falhas na relação de cuidado e a insatisfação por parte dos idosos, o que pode indicar a necessidade de mudanças no que tange o processo de trabalho em saúde.

Palavras chave: Envelhecimento. Serviços de saúde para idosos. Atenção Primária à Saúde. Satisfação do paciente. Assistência centrada no paciente. Tomada de decisão.

ABSTRACT

VENDRAME, Édina; AGOSTINI, Rafael. **Elderly dissatisfaction with health service:** is it a product of the fragility between relationships of care? 2014. 61 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

The aim of this study is to investigate the association between the elderly perceptions about what health worker, responsible for their care, thinks the seniors are: a health problem or a person, and the elderly dissatisfaction with the health service. This association is adjusted for confounders according to a conceptual theoretical model. This is a population-based study, cross-sectional, that evaluated a sample of 848 elderly, with 60 years of age or more, living independently, and residents of the districts cooled Lomba do Pinheiro and Parthenon in Porto Alegre, RS, Brazil. The used measures were: Sociodemographic and behavioral information, Mini Mental Status Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS-15), information about the health service used and elderly perceptions about their health care, and a questionnaire about health conditions. The results were revealed through the statistical analysis using Poisson regression with robust variance: to be perceived as someone with health problem and do not be perceived as a person (PR = 1.48, 95% CI 1.00 to 2.17, $p = 0.04$), do not participate with their ideas and opinions to planning their treatment and care (OR = 2.36, 95% CI 1.32 to 4.19, $p = 0.00$) and to access the unit that provides the primary healthcare (PR = 2.47, 95% CI 1.66 to 3.67, $p = 0.00$) increases the prevalence of dissatisfaction with the health services accessed. Conclusion: Considering the development of a care culture, where the practices are centered on people, and do not focused on health issues, this study contributes to demonstrate the association between the gaps on relationships of care and the dissatisfaction among seniors, which indicates the necessity to change the work process in health care.

Keywords: Aging. Health service for seniors. Primary healthcare. Patient satisfaction. Patient-centered care. Decision making.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	8
2	ANTECEDENTES E JUSTIFICATIVAS.....	9
3	OBJETIVO.....	13
4	ARTIGO CIENTÍFICO.....	14
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43
	APÊNCICE B – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	44
	ANEXO A - PRÉ MINI MENTAL.....	45
	ANEXO B - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	46
	ANEXO C - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	48
	ANEXO D – PCATOOL BRASIL VERSÃO ADULTO	51

1 APRESENTAÇÃO

Os Alunos Édina Vendrame e Rafael Agostini participaram igualmente das seguintes etapas da pesquisa: projeto piloto, coleta de dados, análise dos dados, banco de dados.

O projeto do estudo que deu origem a este trabalho de conclusão teve como título: Avaliação da adequação de processos e ambientes físicos da atenção básica em relação às políticas de saúde voltadas às necessidades das pessoas idosas. Tal projeto contou com a colaboração do Prof. Dr. Alexandre Kalache em sua concepção. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS, no dia 18/06/2009, ata nº 05/09, com o número do processo 15297, e financiado com recurso concedido pelo Edital FAPERGS 002/2009 - PPSUS 2008/2009.

A coleta de dados pertinente ao desenvolvimento do estudo se deu entre os meses de janeiro de 2010 e janeiro de 2011, nos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon, em Porto Alegre. A escolha por tais distritos se deu pelo fato de tratarem-se de distritos docentes assistenciais, onde habitualmente ocorrem os estágios curriculares de parte dos alunos de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Participaram desta etapa da pesquisa, além dos autores deste estudo, os então pós-graduandos Otávio Pereira D'Ávila e Matheus Neves, e os então bolsistas: Júlia de Melo Dotto, Gabriela de Adima de Camargo Ávila, Matheus Covaleski Scholten, Andreas Varvaki Rados, Raíssa Duso Ventura, Alexandre da Silva Tedesco, Michele Peres Sales, Creta Elisa Seibt, Renyelle Schwantes de Souza, Roberto Luz Pretto, Augusto Bidinotto, Camila Longoni, Amanda Endres Willers e Sílvia Evelin Nunes da Boit.

O Manuscrito foi redigido pelos autores com auxílio da orientadora, Aline.

Este trabalho de conclusão de curso será apresentado no formato de um manuscrito, que será submetido à publicação como artigo científico. Tal formato está de acordo com as regras estabelecidas no regimento Comissão de Graduação da Faculdade de Odontologia da UFRGS (CONGRAD).

2 ANTECEDENTES E JUSTIFICATIVAS

Mudanças reais e crescentes da população mundial, no que diz respeito ao aspecto demográfico e epidemiológico, estão ocorrendo de forma acelerada nos países em desenvolvimento^{1,2} e, muitas vezes, não são acompanhadas pelas políticas públicas ou pela execução destas. O aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de fecundidade estão mudando o panorama da dinâmica social, apresentando, atualmente, uma população com menor número de jovens e maior número de idosos^{1,3}.

O Brasil vem seguindo essa tendência, onde os idosos representam 7,4% do total da população, segundo dados do censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2010³. A OMS (Organização Mundial da Saúde) presume que o Brasil seja o sexto colocado no grupo dos países com maior número de idosos no ano de 2025, e o IBGE prevê que este grupo etário representará cerca de 26,7% da população em 2060^{1,4}.

Por conseguinte, as mudanças epidemiológicas acompanham esse cenário. Com o envelhecimento, as morbidades mentais, físicas e de natureza crônica são mais prevalentes e se apresentam com maior complexidade nesta parcela da população, o que vem causando uma crescente demanda pelos serviços de saúde, necessitando-os com maior frequência e por maior período de tempo^{5,6}.

Além do posto, a tripla carga de doenças é uma peculiaridade do país, que ainda possui alta incidência de doenças infectocontagiosas, influências de fatores externos como a violência e a crescente prevalência de doenças crônico degenerativas^{6,7}. Já o atual sistema de saúde vem seguindo uma lógica de atendimento ineficaz para as condições epidemiológicas da população, não se apropriando das mudanças rápidas e perenes das múltiplas realidades em saúde, pois enfatiza o atendimento das condições agudas e das agudizações das doenças crônicas, além de se organizar de maneira fragmentada^{5,6,7}.

Devido a essas importantes observações sobre a população que envelhece e o cenário clínico de saúde no país, políticas públicas em prol da saúde e do bem estar social dos idosos vem sendo elaboradas. A Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada em 2006, atualiza as informações sobre as necessidades de saúde dos idosos e assegura seus direitos, tais como a criação de condições para promover

sua autonomia, integração e participação na sociedade e o acesso à saúde. Melhorar a qualidade da atenção através das ações voltadas à promoção da saúde, cuidado integral, envolvendo ativamente o idoso na sociedade, garantindo melhores condições de saúde e bem-estar na velhice, criando um ambiente favorável ao envelhecimento ativo, são metas primordiais da política⁸.

Para isso, é importante que a família seja envolvida no processo de cuidado ao idoso, sendo instruída pela Equipe de Saúde da Família, que tem papel fundamental nos cuidados de atenção básica⁸. Ainda assim, se reconhece a necessidade de organização do SUS (Sistema Único de Saúde) em forma de redes para que as diretrizes da política sejam institucionalizadas⁷. Todo esse conjunto articulado pode promover melhores condições para a adoção de hábitos e práticas saudáveis em todos os momentos da vida humana.

Assim sendo, o acompanhamento da saúde da população de maneira mais proximal, conhecendo a realidade e as necessidades locais, é o objetivo da Atenção Básica. A Política Nacional de Atenção Básica vem alicerçar e embasar tais práticas. Ser a porta de entrada para os serviços e ponto central e articulador da comunicação são suas mais importantes atribuições. A unidade de saúde deve se apoderar do território de sua responsabilidade, impulsionando o processo de descentralização, acesso universal e contínuo, fortalecendo o vínculo e o controle social, tudo isso por conhecer mais e estar mais próximo dos usuários. A Estratégia de Saúde da Família vem alavancar um caráter acolhedor e de práticas resolutivas diante das necessidades da população⁹.

No que diz respeito ao usuário idoso, que necessita muitas vezes de cuidados domiciliares, também é importante estar perto para garantir e apoderar os familiares dos conhecimentos necessários para o cuidado em saúde. Além disso, é estando perto da população idosa que se promove a saúde e um envelhecimento ativo, garantindo melhor qualidade de vida, evitando a dependência funcional, não considerando o idoso como cidadão passivo e sim como indivíduo empoderado de sua saúde⁹.

No entanto, cabe aos poderes públicos das três esferas do governo de se apoderarem das questões pertinentes à 'revolução da longevidade', termo utilizado pela Declaração do Rio¹⁰ (outubro de 2013). Reconhecer o sistema falho e dispendioso que está voltado para a doença é um passo importante, contudo, falta o envolvimento dos atores, sejam eles gestores, trabalhadores da saúde e a

população⁷. Há ainda de se reconhecer que muito foi conquistado no campo da prevenção e do tratamento, mas é necessário desenvolver uma 'cultura de cuidado' que seja economicamente viável, sustentável, onde o indivíduo faz parte como agente promotor do cuidado. A educação permanente vem como estratégia de gestão importantíssima para provocar mudanças culturais em todos os atores envolvidos, tendo como objetivo final a produção e manutenção da saúde¹⁰.

Consoante às mudanças sociais e operante transversal às políticas criadas ou em criação, a Política de Humanização do SUS vem garantir o olhar centrado à saúde do indivíduo. A fragmentação, caracterizada pela falta de comunicação e pelo distanciamento dos serviços do SUS, e a verticalização do cuidado, onde o profissional de nível superior é detentor do saber, são pontos fracos e desestruturadores do sistema e da participação social^{7,11}.

Contudo, a gestão participativa, o vínculo, a coprodução, o sistema em redes de atenção, os princípios do SUS, o modelo de formação profissional voltado para as políticas públicas e o controle social, são pontos fortes em prol da defesa pela vida. Ainda, destaca-se a oferta de atendimentos de qualidade, articulados e acolhedores, envolvendo a melhoria do ambiente e condições de trabalho. O produto final a ser alcançado é a saúde e a produção de sujeitos ativos. As redes de atenção são importantes ferramentas para então produzir efetivamente todos estes aspectos^{7,11}.

Além disso, o cuidado aos idosos é fortalecido quando o trabalho é produzido em equipe multiprofissional, com a preservação da autonomia do idoso que protagoniza práticas de atenção em saúde, fortalecendo a corresponsabilização na gestão e no controle social, estimulando o trabalho humanizado em um ambiente acolhedor e confortável, diante da promoção de ações de educação permanente¹¹. O entendimento das questões do processo natural de envelhecimento pelo idoso se faz necessário para promover o cuidado por parte do profissional, bem como preservar a autonomia do idoso que participa das tomadas de decisões quanto ao seu tratamento¹².

Para isso, a promoção de um atendimento humanizado, atendendo a necessidade do próximo com responsabilidade, ouvindo os desejos do sujeito, estabelecendo vínculos e estimulando o usuário a participação individual e coletiva, promove a humanização do processo de produção de saúde diante de um atendimento integral^{11,12}.

Diante do posto, é importante investigar o grau de satisfação dos usuários

para com os serviços de saúde, buscando aprimorar, continuamente, as práticas em saúde a partir das atuais necessidades da população. Estudos apontam desfechos positivos de satisfação quando a continuidade do cuidado, o vínculo e a organização do serviço são garantidos¹³. Aspectos culturais e econômicos também foram relacionados com a satisfação/insatisfação de usuários. Fornecer importantes informações para o provedor do cuidado, aderir ao tratamento, utilizar o serviço de saúde, manter o vínculo e ter uma melhor qualidade de vida, são aspectos relacionados aos usuários satisfeitos¹⁴.

Portanto, é imprescindível reconhecer o envolvimento da satisfação no fortalecimento do controle social, na qualidade do serviço prestado, desenvolvendo consciência sobre como são as condições em que o serviço se encontra por parte de todos os atores envolvidos, diante de fatores estruturais, pessoais, profissionais e humanos¹⁵. Os serviços públicos, por funcionarem muitas vezes diante da lógica da demanda espontânea, não apontam a necessidade de entender o quão satisfeitos estão seus usuários, pois a captação de clientela é algo visado pelo sistema privado, no entanto, deve se considerar a produção de satisfação como meta a ser alcançada pelos serviços de saúde como um todo^{13,15}.

Além das características inerentes ao serviço e aos seus provedores, as características pessoais também estão envolvidas no desfecho de satisfação¹³. Apesar de muitos autores não identificarem associação entre a satisfação e a renda, no Brasil parece haver certa relação inversa entre esses fatores, onde os usuários com menor renda são mais satisfeitos com os serviços. Isso pode ser explicado pelo fato dessa população se contentar com o menor grau de cuidado que lhe é provido¹⁵. Grande parte dos estudos abordam o desfecho positivo de satisfação como foco do trabalho¹³, no entanto, este trabalho trata o tema de forma diferenciada, com o desfecho voltado à insatisfação.

3 OBJETIVO

Investigar a associação entre a percepção dos idosos de que os trabalhadores de saúde responsáveis pelo seu cuidado o conhecem mais como um problema de saúde do que como uma pessoa e a insatisfação dos mesmos para com o serviço de saúde acessado, ajustando para possíveis confundidores, dentro de um modelo teórico conceitual.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

Título:

Insatisfação do idoso com o serviço de saúde: um sinal de falência nas relações de cuidado?

Título em Inglês:

Elderly dissatisfaction with health services: is it a signal of failure in relationships of care?

Édina Vendrame¹, Rafael Agostini¹, Aline Blaya Martins^{1, 2}

1- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2- Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

Título Abreviado: Insatisfação do idoso com o serviço de saúde diante das relações de cuidado

Running Title: Elderly dissatisfaction with health service facing relationships of care

Autor para Correspondência:

Aline Blaya Martins

Departamento de Odontologia Preventiva e Social - FO UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2492,

Porto Alegre/RS, Brasil. CEP 90035003

E-mail: aline.blaya@ufrgs.br

Resumo

O objetivo deste trabalho foi investigar a associação entre a percepção dos idosos de que os trabalhadores de saúde responsáveis pelo seu cuidado o conhecem mais como um problema de saúde do que como uma pessoa e a insatisfação dos mesmos para com o serviço de saúde acessado, utilizando um modelo teórico conceitual. Foi avaliada neste estudo transversal de base populacional uma amostra de 848 idosos com 60 anos ou mais, independentes e moradores de dois distritos de Porto Alegre/RS. As medidas foram: Informações sociodemográficas e comportamentais, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, Informações sobre o Uso dos Serviços e Percepções a respeito do cuidado e Questionário de Condições de Saúde. Os resultados obtidos através da regressão de Poisson com variância robusta mostraram que: ser percebido como alguém com problema de saúde, e não como uma pessoa, não participar do planejamento de seu cuidado e acessar Unidade Básica de Saúde aumentaram a prevalência de insatisfação com o serviço de saúde acessado. Conclui-se que este trabalho pode contribuir para repensar as relações de cuidado uma vez que aponta que falhas contribuem para a insatisfação por parte dos idosos com o serviço de saúde.

Palavras chave: Envelhecimento. Serviços de saúde para idosos. Atenção Primária à Saúde. Satisfação do paciente. Assistência centrada no paciente. Tomada de decisão.

Abstract

The aim of this study is to investigate the association between the elderly perceptions about what health worker, responsible for their care, thinks the seniors are: a health problem or a person, and the elderly dissatisfaction with the health service, using a conceptual theoretical model. A sample of 848 elderly with 60 years of age or more, living independently, and living in two districts in Porto Alegre / RS were evaluated in this cross-sectional population-based study. The used measures were: Sociodemographic and behavioural information, Mini Mental Status Examination, Geriatric Depression Scale, information about the health service used, elderly perceptions about their health care and a questionnaire about health conditions. Results from Poisson regression with robust variance showed that: to be perceived as someone with health problem and do not be perceived as a person, do not participate in the planning of their care and access basic health unit increases the prevalence of dissatisfaction with the health services accessed. We conclude that this work can contribute to understand the relations of health care since it shows the failures that contribute to dissatisfaction among elderly with health services.

Keywords: Aging. Health service for seniors. Primary healthcare. Patient satisfaction. Patient-centered care. Decision making.

Introdução

A transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento de doenças crônico-degenerativas em detrimento das infecto-contagiosas, que ocorre simultaneamente com o envelhecimento populacional, resulta no aumento da demanda dessa população por serviços de saúde¹.

As doenças crônicas, comuns dentre os idosos, são prolongadas e requerem um sistema de atenção à saúde com cuidado contínuo e integral. Apesar da mudança da carga global da doença, os sistemas de saúde ainda têm, em grande medida, seu foco voltado para a cura, não sendo suficientemente orientados para proporcionar cuidados a todos os que necessitam. Houve muito avanço em termos de prevenção e tratamento, entretanto, para se acompanhar o aumento da longevidade, há a necessidade do desenvolvimento de uma cultura de cuidado sustentável, economicamente viável e com acesso universal².

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, visando a manutenção da qualidade de vida através da promoção do envelhecimento saudável. Por ser um processo heterogêneo, o envelhecimento pode estar associado com distintas necessidades e demanda entre os idosos, sendo preciso fortalecer o trabalho multiprofissional e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios³.

Tal fato vai ao encontro e possui legitimidade quando retomamos o arcabouço teórico legal do SUS, que se relaciona com a proteção à saúde do idoso, onde se observa que existem garantias legais aos indivíduos de 60 anos ou mais de atenção integral e integrada a sua saúde⁴. A garantia ao cuidado qualificado implica em condições que promovam sua autonomia, integração e participação na sociedade, criando um ambiente favorável ao envelhecimento ativo⁵.

Portanto, para que exista o adequado provimento de atenção integral, de forma integrada dentro do SUS, é preciso considerar a necessidade de se estabelecer práticas de cuidado centradas em indivíduos, mediante a valorização do vínculo e da coprodução do cuidado. Dentro dessa concepção, o modelo de formação profissional voltado para as políticas públicas e o controle social são importantes aliados. Além disso, a melhoria do ambiente e das condições de trabalho são necessárias para ofertar atendimento de qualidade e acolhedor. A

produção de sujeitos ativos, engajados com o seu estado de saúde, também é importante⁶.

Assim, a formação de tais sujeitos, ativos, capazes de atuar em seu próprio cuidado e de fazer escolhas perante os profissionais de saúde, torna imperativo que o sistema valorize e acolha as percepções dos idosos quanto ao cuidado provido aos mesmos, isso inclui a satisfação com os serviços de saúde. Em meio aos aspectos que podem estar associados à satisfação estão o relacionamento entre o profissional de saúde e a pessoa que recebe o cuidado, a resolutividade dos problemas e a continuidade do cuidado. Além de a satisfação estar envolvida com o serviço e seus provedores, ela também é inerente ao próprio usuário, pois sendo de natureza eminentemente subjetiva, fatores psicossociais têm assumido relevância no entendimento da satisfação⁷.

Dessa forma, este estudo propõe-se a investigar a associação entre a percepção dos idosos de que os trabalhadores de saúde responsáveis pelo seu cuidado o conhecem mais como um problema de saúde do que como uma pessoa e a insatisfação dos mesmos para com o serviço de saúde acessado.

Materiais e Métodos

Coleta de Dados

Foi realizado um estudo de base populacional, de delineamento transversal, a fim de verificar a extensão em que o cuidado é produzido, conforme condições referidas pelos idosos moradores dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon, em Porto Alegre/Brasil.

Esses distritos são vinculados à rede pública municipal de saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Segundo o Censo IBGE 2010, Porto Alegre tinha uma população de 1.409.939 habitantes, sendo 211.986 pessoas com 60 anos ou mais. Nos distritos supracitados, a população estimada com 60 anos ou mais é de 12.871 indivíduos⁸.

Procedimento amostral

Para participar do estudo foram convidados idosos que vivem na comunidade de forma independente, com 60 anos de idade ou mais, moradores dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon, em Porto Alegre, RS.

Critérios de inclusão: Ter 60 anos ou mais, ser morador dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon, em Porto Alegre, e não possuir déficit cognitivo segundo o teste de rastreamento Mini Exame do Estado Mental (MEEM)^{9,10}. Com o intuito de rastrear possíveis danos cognitivos que pudessem comprometer a qualidade dos dados, diferentes pontos de corte foram utilizados como critério de inclusão. Assim, ao realizar-se a soma das respostas dos 30 itens que compõem o MEEM (contando 1 ponto por acerto), o número mínimo de acertos para inclusão na amostra foi de: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade média (1 a 8 anos de estudo) e 26 para alta escolaridade (9 anos de estudo ou mais)¹⁷. Desta maneira, somente os idosos que possuíam 60 anos ou mais, viviam de forma independente (conseguiram realizar as atividades rotineiras sem o auxílio de cuidadores), aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e atingiram escores do MEEM acima do ponto de corte, foram

convidados a responder os demais instrumentos componentes das medidas avaliadas neste estudo.

Cálculo do Tamanho da Amostra

Este estudo faz parte de uma pesquisa que teve como desfecho a autopercepção de saúde dos idosos. Portanto, o cálculo amostral usou os parâmetros de prevalência de boa percepção de saúde bucal¹¹.

Para fazer estimativa do tamanho amostral realizou-se um estudo piloto com 50 idosos moradores dos mesmos distritos. O cálculo amostral foi realizado considerando a prevalência de autopercepção de saúde bucal boa, muito boa ou excelente, que foi igual a 59%. Foi estimado que a razão de prevalência dos idosos que dispunham de uma atenção primária adequada era de 1,32, conforme o escore essencial do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool Brasil)¹². Portanto, selecionado um alfa bidirecional de 0,05 e um beta de 0,20, estimou-se uma amostra total de 454 idosos. Foram adicionados 10% para possíveis perdas ou recusas e 15% para controle de fatores de confusão. Devido à falta de uma estimativa precisa para minimizar o efeito do delineamento, que ocorre no processo amostral por conglomerados, a amostra foi ampliada 1,5 vez para realizar as análises ajustadas. Assim, chegou-se ao número de 883 indivíduos. O tamanho amostral também foi estimado a partir da prevalência de autopercepção de saúde geral boa, muito boa ou excelente na mesma amostra, porém, devido a uma estimativa menor, optou-se pela amostra obtida a partir da estimativa com dados referentes à percepção de saúde bucal.

Amostragem

A amostragem foi realizada através da metodologia proposta por Barros e Victora²⁵ para avaliação de conglomerados (setores censitários), sendo que o número de setores censitários sorteados foi proporcional ao número total de setores que compõem cada um dos distritos nos quais o estudo foi realizado. O número de entrevistas que deveriam ser realizadas em cada setor censitário foi estimado a partir do número médio de moradores em cada domicílio e da proporção de

idosos/setor censitário na cidade de Porto Alegre em 2000. Todas essas informações foram obtidas junto à Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) do Município de Porto Alegre. A fim de garantir a heterogeneidade que se expressa na ocupação do espaço, os setores censitários foram amostrados, dentro de cada distrito, utilizando-se uma amostragem sistemática.

Logística

Este projeto foi aprovado no dia 18/06/2009 pelos Comitês de Pesquisa e de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS, com o número do processo 15297, ata nº 05/09.

Previamente a coleta de dados foi realizado um treinamento com a equipe de entrevistadores, graduandos e pós-graduandos. Esse treinamento foi executado durante 40 horas, divididas entre: i) estudo das bases teóricas que compõem o marco referencial; ii) estudo dos instrumentos que foram utilizados; iii) discussão do processo de amostragem; iv) apropriação da tecnologia Personal Digital Assistant (PDA) e do software desenvolvido para a pesquisa; v) discussão de casos complexos que poderiam vir a acontecer na coleta; vi) simulação de entrevistas e exames entre os entrevistadores. Um estudo piloto e encontros para a discussão de possíveis dúvidas, caso a caso, foram realizados posteriormente. A fim de assegurar a qualidade dos dados, essa prática teve continuidade semanalmente.

Ao término do treinamento da equipe, iniciou-se a coleta de dados executada nos domicílios. Um convite aos potenciais participantes e esclarecimento quanto aos objetivos do estudo foram realizados inicialmente. As pessoas que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento informado responderam a um questionário de identificação e ao Mini Exame do Estado Mental. Somente os participantes que cumpriram os critérios de inclusão foram convidados a responder a um questionário padronizado composto pelo conjunto de medidas que foram avaliadas neste estudo.

Assim, a coleta foi realizada através de entrevistas executadas nos domicílios dos idosos durante os meses de fevereiro de 2010 a fevereiro de 2011.

Medidas

- Variáveis sociodemográficas e comportamentais: Questionário individual - Coletaram-se informações a respeito de sexo, idade, renda, número de dependentes da renda, percepção de que a renda era suficiente para a família e escolaridade. A idade, escolaridade (número de anos completados de educação formal) e número de dependentes da renda familiar foram coletadas como variáveis contínuas e expressas em forma de média e desvio padrão. A renda também foi coletada de forma contínua, entretanto, considerando a distribuição anormal, optou-se pelo uso da condição referida alusivo a se a renda era suficiente para as necessidades da família, visto que tal informação está intimamente ligada com a possibilidade de gastos com a saúde e com a escolha de uso ou não de serviços privados. A variável hábito tabágico foi investigada pela pergunta: “O(a) sr(a) fuma cigarro atualmente?”, para a qual o sujeito poderia responder positiva ou negativamente (sim e não, respectivamente). A variável hábito etílico foi avaliada através da seguinte questão: “Com que frequência o(a) sr.(a) consome bebidas alcoólicas?”, com respostas possíveis que variavam de nunca até quatro ou mais vezes por semana. Tais respostas foram categorizadas, para fins de análise, da seguinte forma: nunca, raramente (no máximo uma vez no mês), eventualmente (2-4 vezes por mês), frequentemente (2-3 vezes por semana, 4 vezes ou mais por semana).

A situação conjugal foi investigada através da seguinte pergunta: “Qual a sua situação conjugal?”, havendo como respostas as seguintes situações: “Solteiro”, “Casado”, “Divorciado”, “Viúvo” e “Não sabe/ Não respondeu”, sendo que, para fins de análise estatística, as respostas foram categorizadas, com base na distribuição, da seguinte maneira: Casado ou Divorciado/Solteiro/Viúvo.

Quanto a participação do idoso em grupos da comunidade, realizou-se a seguinte pergunta: “Você participa de algum grupo de terceira idade de sua comunidade, ou dos encontros de convivência de idosos de sua ou de outra comunidade?”, podendo o indivíduo responder “sim” ou “não”.

- Condições de saúde: Mini Exame do Estado Mental (MEEM)/Escaridade e Escala de Depressão Geriátrica. Além de um questionário

de condições autoreferidas de diagnósticos recebidos de uma série de morbidades.

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Trata-se de um instrumento de rastreamento de possíveis déficits cognitivos, desenvolvido por Folstein, Folstein&McHugh em 1975¹³ e validado para o português brasileiro por Bertolucci em 1994¹⁴.

Em meio aos indivíduos que foram incluídos na amostra, a fim de análise da função cognitiva, maiores escores foram considerados como melhor desempenho cognitivo. Para tanto, as médias dos escores do MEEM de cada nível de escolaridade foram obtidas e uma variável foi criada estabelecendo a média, de acordo com escolaridade baixa, média ou alta. Como ponto de corte foram então definidas as seguintes categorias: acima da média do MEEM – Capacidade cognitiva alta- e abaixo da média do MEEM – Capacidade cognitiva baixa.

Escala de Depressão Geriátrica - GDS

Elaborada por Yesavage et al em 1982¹⁵ e validada para o português brasileiro por Almeida & Almeida^{16,17}, costuma ser utilizada na avaliação da sintomatologia depressiva em idosos. Sua versão de 15 itens (GDS-15) foi utilizada nesta avaliação.

Trata-se de uma escala de fácil utilização, com respostas dicotômicas de “sim” ou “não”. As respostas foram somadas a fim de gerar um escore e, posteriormente, categorizadas como: até 5 pontos, sem sintomatologia depressiva e 6 pontos ou mais, com sintomatologia depressiva.

Condições de Saúde Autoreferidas

A partir da condição referida, uma série de morbidades foi coletada, através da seguinte pergunta: “Das doenças que vou lhe perguntar a seguir, responda sim caso algum médico já tenha lhe dito que o(a) senhor(a) tem”. Entre estas morbidades listadas estavam: pressão alta (hipertensão), diabetes, cardiopatia isquêmica (angina), depressão, artrose/artrite, derrame cerebral, bronquite

crônica/enfisema, doença renal, asma, câncer, ansiedade, HIV/AIDS e insuficiência cardíaca.

A presença de dor nas costas foi avaliada da mesma maneira e neste estudo foi considerada uma sintomatologia incapacitante no que tange as funções psicossociais, e não como uma morbidade que faz parte das características pessoais do idoso.

As outras morbidades mensuradas serviram como base para a criação de uma variável preditora composta pela soma do número de morbidades referidas pelos idosos. Assim, de acordo com a distribuição, o número de morbidades autoreferidas foi categorizado como: “No máximo uma”, “duas” ou “três ou mais”.

- Uso dos serviços: Questionário com informações a respeito dos serviços acessados, incluindo o tipo do serviço utilizado e a satisfação com o mesmo. Entre os tipos de serviços de saúde que costumavam ser acessados estavam: Unidade Básica de Saúde (UBS) - que costuma operar segundo o modelo tradicional biomédico, Unidade de Saúde da Família (USF) - que segue o modelo baseado nos atributos da APS, Consultório Particular - que possui um olhar voltado à prestação de serviço especializado, e outros serviços, tais como: emergência e ambulatório de média e alta complexidade, de natureza pública ou privada.

Duas perguntas foram propostas para avaliação da relação de cuidado. A variável independente que se relaciona com o objetivo deste estudo avaliou a percepção do idoso sobre como os trabalhadores do serviço de saúde o conhecem, através da seguinte pergunta: “O nome do local/médico/enfermeira conhece o (a) sr(a) mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?”, sendo que as respostas poderiam ser: “Com certeza, não”, “Provavelmente, não”, “Provavelmente, sim”, “Com certeza, sim”.

Além desta pergunta, uma variável foi incluída no modelo em análise com a intenção de avaliar a tomada de decisão compartilhada entre trabalhadores de saúde e idosos, ou seja, a coprodução do cuidado. Para tanto, essa variável foi investigada através da pergunta: “O “nome do local/médico/enfermeira” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que o (a) sr(a) pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para o (a) sr(a) ou para um membro da sua família?”, havendo como respostas as seguintes situações: “Com certeza, não”, “Provavelmente, não”, “Provavelmente, sim”, “Com certeza, sim”¹².

Para fins de análise estatística, ambas as perguntas tiveram suas respostas dicotomizadas, em que “Com certeza, não” e “Provavelmente, não”, foram consideradas “não”, e “Provavelmente, sim” e “Com certeza, sim”, foram consideradas “sim”.

O desfecho, caracterizado como a insatisfação com o serviço de saúde acessado, foi avaliado através da seguinte pergunta: “O sr (a) recomendaria o serviço de saúde que costuma acessar para um parente ou amigo?”, com as seguintes respostas possíveis: “Com certeza, sim” e “Provavelmente, sim”, que, na análise estatística, foram consideradas “satisfeito com o serviço”, e “Provavelmente, não” e “Com certeza, não”, que foram consideradas “insatisfeito com o serviço”¹².

- Modelo Teórico Conceitual

A análise hierárquica utilizada neste estudo tem como base o Modelo Teórico proposto por Andersen, que é um esquema teórico e analítico desenvolvido com o intuito de entender a relação entre uso e satisfação com serviços de saúde e seus determinantes¹⁸.

O modelo adaptado para este estudo foi composto por variáveis distribuídas em três blocos, sendo estes: 1º Características Pessoais, 2º Comportamentos, 3º Serviços de Saúde (Figura 1).

- Análise Estatística

Para avaliação da distribuição das variáveis dicotômicas e categóricas, em relação ao desfecho em estudo, foram executados Testes de qui-quadrado. A confiabilidade das escalas Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica foi testada por meio do Coeficiente Alpha de Cronbach.

Todas as análises foram executadas usando o SPSS 18.0 software para análises estatísticas (SPSS Inc., USA). As razões de prevalência foram obtidas através da regressão de Poisson com estimação de variância robusta. As análises de associações foram realizadas isoladamente em cada bloco e, posteriormente, foram ajustadas aos blocos hierarquicamente precedentes. Somente aqueles fatores que na análise mantiveram-se com valores estatisticamente significativos ($p < 0,10$), mesmo quando ajustados às outras variáveis que compunham cada um

dos blocos e aquelas que compunham os blocos antecessores, foram inseridos no modelo final de análise hierárquica. As magnitudes das associações entre a variável dependente e as variáveis independentes, no modelo totalmente ajustado, foram estimadas pelas razões de prevalências, com nível de significância de 5% e respectivos intervalos de confiança de 95%.

Resultados

Foram convidados a participar deste estudo 994 idosos residentes nos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon, durante os meses de agosto de 2010 a fevereiro de 2011. Destes, 88 não foram encontrados nos domicílios no dia do exame e não conseguiram ser agendados após 3 tentativas, 31 se recusaram a participar e 27 não atingiram os pontos de corte do MEEM. A amostra do estudo, portanto, foi composta por 848 pessoas, que estavam aptas a compor esta amostra, aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra estudada foi composta por 270 (31,84%) homens, a média de idade dos participantes foi de aproximadamente 70 anos ($\pm 7,23$) e a escolaridade média foi de 6 anos de estudos completados ($\pm 3,81$), tendo sido a mediana 5. A minoria dos participantes eram casados, totalizando 397 (46,8%). A renda familiar foi considerada insuficiente por 473 (55,8%), sendo que, em metade das famílias, no mínimo três pessoas, incluindo o idoso participante da pesquisa, dependiam dessa renda para sua subsistência. As condições de saúde dos idosos que fizeram parte dessa amostra foram as seguintes: cerca de um terço possuía baixa capacidade cognitiva e sintomas depressivos. Além disso, 39,4% dos idosos avaliados relataram ter três ou mais morbidades (Tabela 1).

Quanto aos serviços de saúde acessados, cerca de 46,3% dos idosos acessavam a APS do SUS. Em relação ao cuidado, 26% dos idosos referiram que os trabalhadores do serviço de saúde aos quais estão vinculados perguntam suas opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado que lhes serão providos. Quanto à condição referida pelos idosos em relação à forma que os trabalhadores do serviço de saúde lhes conhecem, aproximadamente 61% dos idosos referiram que o serviço lhes conhecem mais como um problema de saúde do que como uma pessoa. No entanto, apenas 14% dos idosos avaliados mostraram-se insatisfeitos com o serviço, uma vez que referiram que não o recomendariam para um amigo ou parente (Tabela 1).

As variáveis preditoras que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), quando avaliadas em relação ao desfecho pelo teste de qui-quadrado, foram: renda suficiente para as necessidades da família, hábito tabágico

atual, hábito etílico atual, tipo de serviço de saúde acessado, percepção do idoso de como o serviço o conhece e coprodução do cuidado (Tabela 1).

Resultados da análise hierárquica:

1º Bloco- Características Pessoais (Tabela 2) – Na análise bruta, apenas a variável Renda Suficiente para a Família, relativa a este bloco, foi associada com a insatisfação com o serviço por parte dos idosos. Essa associação manteve-se no modelo ajustado considerando o $P < 0,10$.

2º Bloco – Comportamentos (Tabela 3) – Neste bloco de análise observou-se que apenas na análise ajustada ao bloco houve associação entre fumar e estar insatisfeito com o serviço. Essa associação não se manteve quando as variáveis foram ajustadas ao bloco anterior.

3º Bloco – Serviços de Saúde (Tabela 3) – O conjunto de variáveis alocadas no bloco referente aos Serviços de Saúde manteve-se, em sua totalidade, associado com a insatisfação com o serviço de saúde acessado.

No modelo totalmente ajustado (Tabela 4), a hipótese deste estudo foi confirmada, pois se observou que referir que os trabalhadores do serviço de saúde lhe conhecem mais como alguém com problemas de saúde do que como uma pessoa estava associado com uma prevalência 48% maior de insatisfação com esses serviços de saúde, segundo os idosos que participaram desta pesquisa.

Discussão

O presente estudo traz resultados inéditos e relevantes para a construção de uma cultura de cuidado que vise o envelhecimento ativo e digno para todos. Os resultados observados neste estudo sustentam a hipótese de associação entre a insatisfação com o serviço de saúde e a percepção dos idosos de que os trabalhadores de saúde os conhecem mais como um problema de saúde do que como uma pessoa. Da mesma forma, o não questionamento sobre a condução do cuidado também manteve associação com o desfecho, mesmo quando o modelo foi ajustado para outras variáveis confundidoras. Tais achados remetem à pergunta que o título deste estudo levanta e abrem a discussão sobre a questão premente da necessidade de considerar a insatisfação do idoso no planejamento de macro e micropolítica voltada a esta faixa da população e na análise das implicações diretas da cultura de cuidado vigente. Neste ínterim, mostra que as relações de cuidado podem ser frágeis, desprovidas de formação de vínculo e, por vezes, até mesmo desrespeitosas e que tais aspectos podem gerar, como consequência, a insatisfação.

Aspectos relacionados com a humanização do cuidado atuam diretamente como moduladores na forma como os indivíduos expressam a sua satisfação. O desenvolvimento de uma cultura de cuidado ao longo do curso de vida², que seja centrado em pessoas e não em enfermidades^{19,20,21}, e de uma linha de cuidado para pessoas com condições crônicas, que priorize a construção de atos cuidadores e produção de autonomia em sujeitos²¹, parece ser um imperativo reforçado pelos achados deste estudo, pois se observaram maiores prevalências de insatisfação dentre os idosos que acreditavam que os trabalhadores de saúde do serviço ao qual estavam vinculados os viam apenas como problemas de saúde.

Além disso, a necessidade de construção de vínculo, visando a produção de autonomia, coprodução do cuidado, participação social, empoderamento e tomada de decisão compartilhadas, também parece estar dada^{19,21,22,23}. No entanto, observa-se que ainda há uma série de dificuldades que causam um descompasso entre o recomendado e o vir a ser realizado^{19,20,21}.

Compartilhar decisões sobre o cuidado, coproduzir cuidado e preservar a autonomia de idosos exigem que se dêem condições para que estes sejam capazes

de tomar as suas próprias decisões. Para tanto, há uma série de desafios que estão postos: é preciso dominar as bases teóricas da geriatria e gerontologia, saber passar informações e ter tempo e empatia para o fazer, estar aberto a possibilidade de associação terapêutica com práticas integrativas, é preciso perguntar, escutar e respeitar aos idosos, seus familiares e/ou cuidadores e, além disso, também é imprescindível buscar a integralidade através do trabalho em equipes multiprofissionais e intersetoriais^{19,21,22,24,25,26}. Dessa forma, os achados deste estudo parecem ser compreensíveis, tanto quanto a alta prevalência de idosos que referiram não terem sido questionados a respeito do seu próprio tratamento, quanto no que tange a forte associação entre não ser questionado e a insatisfação com o serviço acessado.

Reforçando o papel do cuidado, diferentes tipos de serviço, com formas distintas de organização de vínculo e de processo de trabalho, também foram associados com a insatisfação com o serviço. As UBSs, que atendem prioritariamente a demanda espontânea e que provêm cuidados, na APS, dentro do modelo tradicional-biomédico, mostraram uma forte associação com a insatisfação com o serviço quando comparadas a serviços de atenção secundária e terciária. Tais achados reforçam a necessidade de fortalecimento do vínculo entre as pessoas, que são objeto do cuidado, e os profissionais da saúde, que provêm o seu cuidado através da prática da clínica ampliada¹⁹, uma vez que se observa nas UBSs a falência do modelo baseado em queixa-conduta em contrapartida com o êxito da continuidade do cuidado através do vínculo com um profissional de referência.

Tal associação, por motivos semelhantes, poderia ter sido observada dentre os idosos que acessavam USF, porém, essa suposição não se confirmou nesse momento. Acredita-se que essa associação não tenha sido encontrada, apesar da existência de uma linha de cuidado para o envelhecimento nas USFs e do modelo centrado em indivíduos e famílias através do cuidado longitudinal, visto que uma parcela muito pequena da amostra acessava tais serviços.

Assim, o adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações das demais, independente do tipo de serviço e do nível de complexidade tecnológica agregada, através de uma estrutura em forma de redes de atenção à saúde no SUS. Portanto, há necessidade da coordenação do cuidado, ao longo do tempo, de forma a

produzir a corresponsabilidade pelo cuidado entre os distintos níveis de atenção, além da expansão e do fortalecimento da oferta de atenção básica²⁷.

É importante lembrar que os resultados deste estudo são limitados e que generalizações podem ser afetadas por características do delineamento e da amostra. Acredita-se que avaliações longitudinais possam ser extremamente válidas para que seja possível investigar o quanto a fragilidade das relações de cuidado podem ser preditoras de insatisfação entre os idosos. Além disso, o fato da amostra deste estudo ter sido restrita a dois distritos da cidade de Porto Alegre também sugere que novas avaliações, com amostras representativas de cidades, estados ou até mesmo do país, poderiam trazer resultados mais amplos, bem como, amostras incluindo outras faixas etárias.

Dessa forma, considerando a necessidade de se constituir uma cultura de cuidado com vistas à promoção de um envelhecimento ativo², e aproveitando o ensejo da institucionalização da avaliação dos processos de trabalho como prática corrente no SUS, torna-se imperativo que os profissionais compreendam o seu papel na determinação da insatisfação. A valorização das percepções dos idosos é fundamental para a realização do planejamento da atenção à saúde no que tange a construção de melhores práticas, seja no âmbito individual ou coletivo, seja na formulação de políticas públicas.

Considerações Finais

Os achados deste estudo ressaltam a importância de uma relação de cuidado que valorize os idosos e as suas opiniões e fortalecem o embasamento científico de políticas que primam por tais aspectos^{2,5}. O vínculo, o atendimento acolhedor e a proximidade com o usuário parecem ser ferramentas imprescindíveis enquanto dispositivos de cuidado para o público idoso. Portanto, este estudo demonstra, mais uma vez, a falência do modelo biomédico, que não se encontra afinado às necessidades da população idosa, a qual necessita de um atendimento integral e integrado ao longo do tempo, tal qual se encontra postulado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁵. Contudo, existe a necessidade do profissional de se empoderar das políticas já existentes para, então, institucionalizar de fato as ações voltadas para a promoção da saúde, buscando a interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado. É importante que os profissionais atuem de maneira horizontal, valorizando as opiniões de todos os profissionais envolvidos, bem como as ideias e opiniões do próprio idoso paciente, de forma a construir, de fato, a coprodução do cuidado.

A construção de uma cultura de cuidado em saúde, dando condições aos atores em qualquer nível social ou faixa etária, para que esses sejam capazes de tomar decisões próprias, é um assunto que deve ser destacado tanto nos ambientes de saúde como em ambientes de construção do saber, como são as escolas.

Colaboradores

E. Vendrame, R. Agostini e A.B. Martins participaram da coleta, da análise e interpretação dos dados, bem como, da redação do artigo, da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e da aprovação final da versão a ser publicada.

Agradecimentos

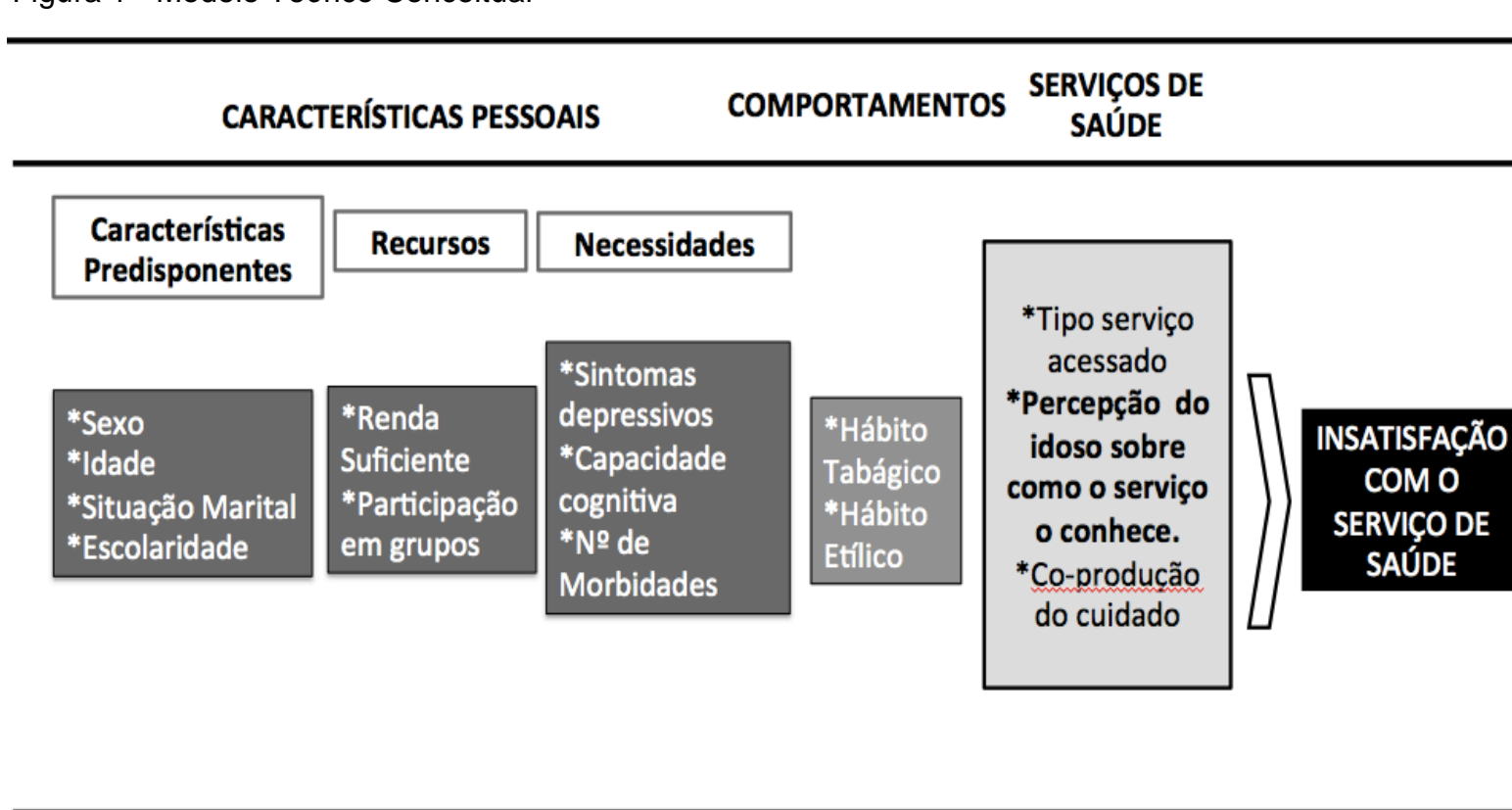
Este artigo faz parte de um projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), edital 002/2009 (Processo 09/0131-6); e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bolsa de doutorado de Aline Blaya Martins vinculada ao PPG-ODO UFRGS.

Referências

1. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*. 2005 Nov; 21(6):1665-1675.
2. CENTRO INTERNACIONAL DA LONGEVIDADE. Declaração do Rio – Além da prevenção e tratamento: desenvolvendo uma cultura do cuidado em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro; 2013.
3. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia saúde da família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2011 Abr; 27(4):779-786.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. Pacto pela vida. Brasília, DF, 2006.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília, DF, 19 out 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2004.
7. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*. 2006 Jun; 22(6):1267-1276.
8. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3):189-98.
10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.
11. Martins AB, D'ávila OP, Balbinot JH, Hugo FN. Atenção Primária a Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8):3403-3416, 2014.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3):189-98.
14. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.
15. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982; 17(1):37- 49.
16. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 1999; 57(2B):421-426.
17. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD- 10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999; 14(10):858-65.

18. Andersen RM, Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995 Mar; 36(1): 1-10.
19. Cunha ABC, et. al. Intervenção nos hábitos de vida em instituição pública. Instituto Nacional de Cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010; 94(6):109-115.
20. Mendez EV. As redes de atenção a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010 Jun; 15(5):2297-2305.
21. Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação.* 2010; 14(34):593-605.
22. Solberg LI, Crain AL, Rubenstein L, Unutzer J, Whitebird RR, Back A. How much shared decision making occurs in usual primary care of depression? *J. Am. Board. Fam. Med.* 2014; 27:199-208.
23. Hanson JL. Shared decision making: have we missed the obvious? *American Medical Association.* 2008; 168(13):1368-1470.
24. Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary care clinicians' experience with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *American Medical Association.* 2011; 171(1):75-80.
25. Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, Oshima S, et al. Toward the realization of a Better aged society: Messages from gerontology and geriatrics. *Geriatr Gerontol Int.* 2012; 12:16-22.
26. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública.* 2011, Abr; 27(4):779-786.

Figura 1 - Modelo Teórico Conceitual



Fonte: Modelo desenvolvido para este estudo com base em Andersen (1995).

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis preditoras em relação à satisfação com o serviço de saúde acessado segundo idosos de Porto Alegre, Brasil.

		Satisfação com o serviço (N Total=401)		
		Insatisfeito (Não recomendaria) N(%)	Satisfeito(Sim, recomendaria) N(%)	P-Value
Sexo	Masculino	38(14,1)	232(85,9)	,819
	Feminino	78(13,5)	500(86,5)	
Idade	≤70 anos	70(14,1)	428(85,9)	,703
	≥71 anos	46(13,1)	304(86,9)	
Situação Marital	Casado	56(14,1)	341(85,9)	,735
	Viúvo/Solteiro/ Divorciado	60(13,3)	391(86,7)	
Estudo	≤6 anos	78(14,9)	447(85,1)	,203
	≥7 anos	38(11,8)	285(88,2)	
Renda suficiente para a família	Sim	41(10,9)	334(89,1)	,038
	Não	75(15,9)	398(84,1)	
Participação em grupos na comunidade	Sim	10(10)	90(90)	,254
	Não	106(14,2)	642(85,8)	
Sintomatologia depressiva	Sem sintomatologia	77(12,6)	532(87,4)	,161
	Com sintomatologia	39(16,3)	200(83,7)	
Capacidade cognitiva	Abaixo da média	46(16,2)	238(83,8)	,130
	Acima da média	70(12,4)	494(87,6)	
Nº de morbididades referidas	≥ 3	47(14,1)	287(85,9)	,859
	2	28(14,4)	167(85,6)	
	≤1	41(12,9)	278(87,1)	
Hábito tabágico atual	Fuma	29(20,1)	115(79,9)	,013
	Não fuma	87(12,4)	617(87,6)	
Hábito Etilico	Nunca consome	71(12,7)	489(87,3)	,237
	Consome bebidas alcoólicas	45 (15,6)	243 (86,3)	
Tipo de serviço de saúde acessado	USF	12(14,1)	73(85,9)	,000
	UBS	69 (22,5)	237 (77,5)	
	Consultório particular	2 (2,6)	76 (97,4)	
	Outros	32(8,5)	345(91,5)	
Percepção do idoso sobre como o serviço o conhece	Sim	31(9,3)	303(90,7)	,003
	Não	85(16,5)	429(83,5)	
Coprodução	Sim	12(5,4)	209(94,6)	,000
	Não	104(16,6)	523(83,4)	

Tabela 2. Associação entre variáveis do 1º bloco e insatisfação com o serviço de saúde acessado segundo idosos moradores de Porto Alegre, Brasil.

VARIÁVEL		RP Bruta (IC 95%)	P	RP Ajustada ^a (IC 95%)	P
1º Bloco – CARACTERÍSTICAS PESSOAIS					
Sexo	Masculino	1,04 (0,72 – 1,49)	0,82	1,07 (0,71 – 1,60)	0,76
	Feminino	1		1	
Idade	≤70 anos	1,07 (0,76 - 1,51)	0,70	1,09 (0,76 - 1,55)	0,65
	71 anos ou mais	1		1	
Situação Marital	Casado	1,06 (0,76 – 1,49)	0,73	1,07 (0,74 – 1,56)	0,71
	Viúvo/Solteiro/Divorciado	1		1	
Estudo	≤6 anos	1,26 (0,88 – 1,81)	0,21	1,14 (0,78 – 1,65)	0,51
	≥7 anos	1		1	
Renda suficiente para a família	Não	1,45 (1,02 – 2,07)	0,04	1,39 (0,96 – 2,03)	0,08
	Sim	1		1	
Participação em grupos na comunidade	Sim	0,71 (0,38 – 1,30)	0,27	0,73 (0,39 – 1,35)	0,32
	Não	1		1	
Sintomatologia depressiva	Sem sintomatologia	0,77 (0,54 – 1,11)	0,16	0,87 (0,60 – 1,27)	0,47
	Com sintomatologia	1		1	
Capacidade cognitiva	Abaixo da média	1,31 (0,93 – 1,84)	0,13	1,29 (0,91 – 1,84)	0,16
	Acima da média	1		1	
Nº de morbidades referidas	≥ 3	1,09 (0,74 – 1,62)	0,65	1,00 (0,66 – 1,50)	0,99
	2	1,12 (0,72 – 1,75)	0,63	1,10 (0,70 – 1,73)	0,67
	≤1	1		1	

a. Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco.

Tabela 3. Associação entre variáveis do 2º e 3º blocos e insatisfação com o serviço de saúde acessado segundo idosos moradores de Porto Alegre, Brasil.

VARIÁVEL		RP Bruta (IC 95%)	P	RP Ajustada ^a (IC 95%)	P	RP Ajustada ^b (IC 95%)	P
2º Bloco – COMPORTAMENTOS							
Hábito tabágico atual	Fuma	1,63 (1,11 – 2,38)	0,12	1,59 (1,08 – 2,34)	0,02	1,41 (0,94 – 2,12)	0,10
	Não fuma	1		1		1	
Hábito Etílico atual	Nunca consome bebidas alcoólicas	0,81 (0,57 – 1,15)	0,24	0,85 (0,60 – 1,20)	0,35	0,82 (0,58 – 1,17)	0,28
	Consome bebidas alcoólicas	1		1		1	1
3º Bloco – SERVIÇOS DE SAÚDE							
Tipo de serviço de saúde acessado	UBS	2,66(1,80 – 3,93)	0,00	2,55 (1,72 – 3,76)	0,00	2,47 (1,66 – 3,67)	0,00
	USF	1,66 (0,89 – 3,09)	0,11	1,67 (0,91 – 3,07)	0,10	1,63 (0,88 – 3,00)	0,12
	Consultório Particular	0,30 (0,07 – 1,23)	0,10	0,39 (0,10 – 1,61)	0,19	0,39 (0,10 – 1,60)	0,19
	Outros	1		1		1	
Percepção do idoso sobre como o serviço o conhece	Não	1,78 (1,21 – 2,63)	0,00	1,48 (1,00 – 2,18)	0,04	1,48 (1,00 – 2,17)	0,04
	Sim	1		1		1	
Coprodução	Não	3,10 (1,72 – 5,44)	0,00	2,36 (1,33 – 4,21)	0,00	2,36 (1,32 – 4,19)	0,00
	Sim	1		1		1	

a. Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco.

b. Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco e para as que mantiveram-se associadas com o desfecho no bloco anterior.

Tabela 4. Associação do modelo totalmente ajustado e insatisfação com o serviço de saúde acessado segundo idosos moradores de Porto Alegre, Brasil.

VARIÁVEL		RP	P - Value
Percepção de renda suficiente	Insuficiente	0,91 (0,63 – 1,30)	0,60
	Suficiente	1	1
Percepção do idoso sobre como o serviço o conhece	Não	1,48 (1,00 – 2,17)	0,04
	Sim	1	1
Coprodução	Não	2,36 (1,32 – 4,19)	0,00
	Sim	1	1
Tipo de serviço acessado	UBS	2,47 (1,66 – 3,67)	0,00
	USF	1,63 (0,88 – 3,00)	0,12
	Consultório particular	0,39 (0,10 – 1,60)	0,19
	Outros	1	1

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo vem alicerçar as bases científicas sobre o envelhecimento e sobre pontos relacionados com a satisfação do usuário idoso. A avaliação da satisfação se faz necessária, pois pode indicar os nós críticos dos vários serviços que compõem a rede de atenção em saúde, tanto no âmbito da saúde pública, quanto na clínica privada.

O desenvolvimento dessa pesquisa possibilitou aos pesquisadores um entendimento mais aguçado sobre as condições de vida e de saúde da população idosa estudada. Ter contribuído para melhorar o entendimento sobre as necessidades e percepções dos idosos diante do serviço acessado proporcionou reflexões sobre o quão importante é continuar planejando, formulando diretrizes, implementando e, principalmente, avaliando as nuances dos serviços e a atuação dos trabalhadores em saúde.

As políticas públicas vêm acompanhando as necessidades da pessoa idosa e são muito bem elaboradas, mas não parecem ser institucionalizadas por alguns serviços. Portanto, deve-se construir, por parte dos profissionais em saúde, uma consciência de apropriação dessas políticas, que muitas vezes não são conhecidas por esses trabalhadores, e engajar a todos, em prol da institucionalização das mesmas, para que as teorias sejam empregadas na prática.

Informar o idoso de quais as “ferramentas” e opções próprias para o seu caso possibilita que ele possa ser agente promotor do seu cuidado e também parece ser uma estratégia importante para que se produzam sujeitos saudáveis e conscientes sobre o seu estado de saúde e sobre as suas necessidades de cuidado.

Assim, o desenvolvimento deste trabalho constituiu dispositivo importante para o crescimento profissional dos pesquisadores, no entanto, vale ressaltar que o crescimento humano e pessoal foi ainda maior. Além de aprender a trabalhar em grupo, foi muito gratificante ter participado desta pesquisa ‘Amiga do Idoso’. Sem dúvida, o fechamento deste ciclo de formação se cumpre grandiosamente com a elaboração deste trabalho, que não só contribuiu com o crescimento intelectual, mas também conseguiu ser concluído com esta produção de evidências científicas, que pode ser utilizada para reflexão e construção sobre um novo modo de produzir cuidado no que tange à saúde da população idosa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Health statistics and health information systems. 2010 [acesso em 2014 mar 20]. Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. 2002 [acesso em 2014 mar 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. 2011 [acesso em 2014 mar 16]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=3&idnoticia=1866&busca=1&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799-pessoas>.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Tábua Completa de Mortalidade – 2010. 2011 [acesso em 2014 mar 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010>.
5. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004 Oct – Dec; 9(4):897-908.
6. Teixeira CF. Epidemiological transition, health care model, and social security in Brazil: an analysis of trends and policy options. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004 Dec; 9(4):841-850.
7. Mendez EV. As redes de atenção a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 Jun; 15(5):2297-2305.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 19 out 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 21 out 2011.
10. Centro Internacional da Longevidade. Declaração do Rio – Além da Prevenção e Tratamento: Desenvolvendo uma Cultura do Cuidado em resposta à Revolução da Longevidade. Rio de Janeiro; 16-17 out 2013.
11. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política nacional de humanização. Brasília, DF, 2004.
12. Silva AA, Borges MMMC. Humanização da assistência de enfermagem ao idoso em uma unidade de saúde da família. *Enfermagem Integrada*. 2008 Nov; 1(1):11-24.
13. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública*. 2006 Jun; 22(6):1267-1276.
14. Westaway MS, Rheeder P, Zyl DGV, Seager JR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *Int J Qual Health Care*. 2003 Aug; 15(4):337-44.
15. Tung YC, Chang GM. Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education. *Int J Qual Health Care*. 2009 Mar; 21(3):206-13.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa de “Avaliação da adequação de processos e ambientes físicos da atenção básica e das percepções em relação às políticas de saúde voltadas às necessidades das pessoas idosas” realizada por um grupo de pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Esse estudo pretende ouvir a opinião dos idosos sobre os postos de saúde, por isso serão entrevistados idosos do seu bairro, escolhidos por sorteio. A entrevista será feita na própria residência. Não existem respostas certas ou erradas, sinta-se a vontade para responder às questões, pois a entrevista será confidencial e os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será orientado a procurar uma Unidade de Saúde.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, ou para os pesquisadores Aline Blaya Martins ou Matheus Neves, na Faculdade de Odontologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2154; pelo Tel: 33085204. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2154, no Tel: 33083629.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ declaro ter lido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e concordo em **participar desse estudo de forma livre e esclarecida**. Também declaro ter **recebido cópia** deste termo.

Assinatura do participante



Nome do entrevistador

Assinatura do entrevistador

Data __/__/__

Impressão
dactiloscópica

APÊNCICE B – Aceite do Comitê de Ética em Pesquisa

 UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do	 Faculdade de Odontologia
--	--

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER FINAL

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Pesquisas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisaram o Projeto:

Número: **15297**

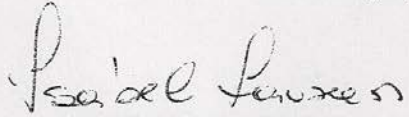
Título:
AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DE PROCESSOS E AMBIENTES FÍSICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E DAS PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS NECESSIDADES DAS PESSOAS IDOSAS


Pesquisador Responsável: **Prof. FERNANDO NEVES HUGO**

Outros pesquisadores: **Aline Blaya Martins; Juliana Balbinot Hilgert, Profa. Dalva Maria Pereira Padilha.**

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 18 de junho., Ata nº05/09 , do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisa, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 18 de junho de 2009.


Isabel da Silva Lauxen
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa


Prof.ª. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisa

ANEXOS

ANEXO A - Pré Mini Mental

Pergunta		Resposta
Entrevistador: olhe no mapa e marque com um círculo o setor censitário.		380,385,389,,391,402,406,408,423,428,431,432, 433, 434, 435, 438,444,447,468,473,476,487, 497,500,506,509,519,523,529, 530,535,537,549,553,560,566, 571,572,586,591,902,907,910, 923,925,928,931,932
Entrevistador: Circule o seu código.		
1- Aline 2- Creta 3- Édina 4- Matheus Neves	6- Michele P. Sales 7- Michelle Meireles 8- Otávio 9- Rafael 10- Raissa	11- Renyelle 12 – Julia 13 – Andreas 14- Sílvia 15- Camila
Data e hora da entrevista.		_ / _ / _ : _
Qual o seu nome?		
Qual o seu endereço?		
O Sr(a) têm telefone?		() Sim () Não
Se sim, qual o número do seu telefone?		
O (a) sr(a) possui algum outro telefone de contato, ou de algum parente ou vizinho?		() Sim () Não
A quem pertence este telefone? (Nome da pessoa)		
Qual a sua relação com esta pessoa?		() familiar () amigo () vizinho () outro () o(a) próprio(a)
Qual o número deste outro telefone?		
Qual a sua data de nascimento?		_ / _ / _
Qual a sua idade?		_____ anos
Até que série o(a) sr(a) estudou*? * Nota: Deve-se fazer a pergunta: “Até que série o sr (a) estudou?”. Em seguida fazer a conversão, colocando o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação), considerando desde o primeiro ano do ensino fundamental.		0 analfabeto 1ano 2 anos 3 anos 4 anos 5 anos 6 anos 7 anos 8 anos 9 anos 10 anos 11 anos 12 anos ou mais 13 Não sabe/Não respondeu
Responder: O idoso encontra-se entre os critérios iniciais de inclusão?		() sim () não
Caso o idoso não se encontre nos critérios de inclusão, relate o motivo.		
Responder: O idoso aceitou participar?		() Sim () Não
Caso ele tenha recusado, qual o motivo da recusa?		
O termo de consentimento foi assinado?		() Sim () Não

ANEXO B - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Anos de Estudo: _____

Explicação	Questão	Resposta	
Agora vou lhe fazer algumas questões sobre a data de hoje:	Diga em que dia da semana estamos.	0- N	1-S
	Em que dia do mês estamos.	0- N	1-S
	Em que mês do ano estamos?	0- N	1-S
	Em que semestre do ano estamos?	0- N	1-S
	Diga em que ano estamos?	0- N	1-S
Agora vou lhe fazer algumas questões sobre o local que estamos:	Que local é este?	0- N	1-S
	Em que rua estamos?	0- N	1-S
	Em que bairro estamos?	0- N	1-S
	Em que cidade estamos?	0- N	1-S
	Em que estado estamos?	0- N	1-S
Entrevistador, agora peça ao idoso para repetir as palavras depois de você dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda (caneca, tijolo e tapete).	Entrevistador, o idoso repetiu "caneca"?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso repetiu "tijolo"?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso repetiu "tapete"?	0- N	1-S
Pergunta	O(a) sr(a) faz cálculos? (Não pontuar)		
Se a resposta da pergunta anterior for SIM, faça as questões de cálculo ao lado, se for NÃO, pule para as questões de soletrar.	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00, quanto	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (86 ou -7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (79 ou -7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (72 ou -7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (65 ou -7?).	0- N	1-S
Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	Entrevistador, o idoso soletrou a letra O?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra D?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra N?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra U?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra M?	0- N	1-S
Por favor, agora repita aquelas palavras que eu disse há pouco.	Entrevistador, lembrou da "caneca"?	0- N	1-S
	Entrevistador, lembrou do "tijolo"?	0- N	1-S
	Entrevistador, lembrou do "tapete"?	0- N	1-S
Entrevistador, mostre os cartões com as imagens do relógio e da caneta e peça para que o idoso diga que	Ele respondeu relógio?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso respondeu caneta?	0- N	1-S
Por favor, agora repita a seguinte frase:	Nem aqui, nem ali, nem lá. (Entrevistador, o idoso	0- N	1-S
Entrevistador, com uma folha de papel em mãos, explique ao idoso que a seguir ele deverá executar três ações simples que serão descritas por o (a) sr(a) a seguir.	Pegue o papel com a mão direita.	0- N	1-S
	Dobre-o ao meio.	0- N	1-S
	Ponha-o no chão.	0- N	1-S
Entrevistador, entregue ao idoso o Cartão 2 Mini-mental que contém a frase: "Feche os olhos".	Logo, peça gentilmente que ele leia a afirmação e execute, se possível.	0- N	1-S
Entrevistador, com o bloco de desenho em mãos, peça ao idoso para escrever uma frase	Ele conseguiu escrever? *Mínimo- Frase c/ um substantivo e um	0- N	1-S
Entrevistador, entregue ao idoso a Cartão 2 do Mini-Mental que contém o desenho e gentilmente solicite que ele o copie a figura em	Ele conseguiu copiar?	0- N	1-S
Escore	Siga os pontos de corte que estão no cartão.		

Avaliações dos resultados:

Pontuação total: 30 pontos.

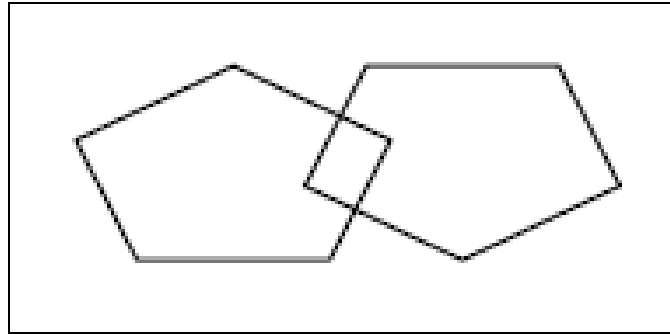
As notas de corte são:

* Analfabetos: 13 pontos ou mais.

* Escolaridade baixa/média (até ensino médio incompleto): 18 pontos ou mais.

* Escolaridade alta (ensino médio completo em diante): 26 pontos ou mais.

Desenho do MEEM



ANEXO C - Questionário Sócio-Demográfico

Explique para o idoso: A partir deste momento daremos início a uma série de perguntas sobre quem você é, sobre seus hábitos e sobre a sua família; caso não entenda alguma questão, pergunte e procure responder da forma mais fiel possível.

1. Qual o seu sexo?

- 1) Masculino
- 2) Feminino

2. Qual a sua raça? (estimulada e única)

- 1) Branca
- 2) Negra
- 3) Amarela
- 4) Parda
- 5) Indígena
- 6) Recusou-se a responder
- 9) Não sabe/Não respondeu

3. Qual a sua situação conjugal?

- 1) Solteiro
- 2) Casado/Morando junto
- 3) Separado/Divorciado
- 4) Viúvo
- 9) Não sabe/Não respondeu

4. Você fuma cigarros atualmente?

- 1) Sim
- 2) Não
- 9) Não sabe/Não respondeu

5. Quantos cigarros você fuma por dia*? _____

- 1) Não se aplica

* 1 carteira/maço= 20 cigarros. 1 palheiro= 8 cigarros.

6. Há quanto tempo você fuma? _____ anos

- 1) Não se aplica

7. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? Marcar de acordo com a resposta espontânea.

- 1) Nunca
- 2) Uma vez por mês ou menos
- 3) 2 a 4 vezes por mês
- 4) 2 a 3 vezes por semana
- 5) 4 ou mais vezes por semana

8. Quantas doses* você consome no dia em que você bebe bebidas alcoólicas?

- 1) 1 ou 2
- 2) 3 ou 4
- 3) 5 ou 6
- 4) 7, 8 ou 9
- 5) 10 ou mais
- 6) NSA

*1 dose de bebidas alcoólicas = 14 g de álcool.

BEBIDA	ml	DOSE
Vinho tinto (cálice)	150	1
Cerveja (lata)	350	1
Destilada	40	1

9. Com que frequência você ingere 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

Marcar de acordo com a resposta espontânea.

- 1) Nunca
- 2) Menos do que uma vez ao mês
- 3) Mensalmente
- 4) Semanalmente
- 5) Diariamente ou quase diariamente
- 6) NSA

10. Quantas pessoas, incluindo o Sr (a), residem nesta casa :

Número de pessoas que residem na casa: _____

Nota: Refere-se ao número de pessoas que compõem a unidade familiar. Excluem-se deste item os empregados domésticos, visitas, indivíduos que moram de aluguel e não fazem parte da família e os inquilinos que residem naquele domicílio. Marcar 99 para “não sabe / não respondeu”.

11. O Sr.(a) é aposentado?

- 1) sim
- 2) não

12. Qual a sua ocupação? _____

13. No mês passado, quanto receberam em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? _____

Nota: Ao receber a resposta com o valor em salários mínimos ou bolsa família, transforme o referido valor para o valor numérico em reais. Caso o idoso não queira responder, preencha com o nº “9”.

Salário mínimo: R\$ 510,00.

Bolsa família: R\$ 68,00 + R\$22,00 por criança e/ou R\$33,00 por adolescente (16/17 anos).

14. Quantas pessoas dependem desta renda para o seu sustento? _____

15. O Sr (a). considera esta renda suficiente para suprir as necessidades da família?

- 1) Sim
- 2) Não

16. Você participa de algum grupo de terceira idade de sua comunidade, ou dos encontros de convivência de idosos de sua ou de outra comunidade?

- 1) Sim
- 2) Não
- 9) Não sabe/Não respondeu

17. Com que frequência o SR (A) está envolvido com estas atividades? Marcar de acordo com resposta espontânea.

- 1) Menos do que uma vez ao mês
- 2) Mensalmente
- 3) Semanalmente
- 4) Diariamente ou quase diariamente
- 8) Não se aplica
- 9) Não sabe/Não respondeu

18. Atualmente, qual a religião ou culto que você frequenta? Se a pessoa tiver mais do que uma religião, marcar o item 7. A resposta é única.

- 1) Católica
- 2) Protestante
- 3) Pentecostal
- 4) Espírita
- 5) Umbanda, candomblé, batuque
- 6) Judaica
- 7) Evangélica
- 8) Mais de uma
- 9) Nenhuma
- 10) Outra
- 11) Não sabe/Não respondeu

ANEXO D – PCATool Brasil Versão Adulto

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
PCATool - Brasil versão Adulto	
A - GRAU DE AFILIAÇÃO	
<p>A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	
<p>A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?)</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	
<p>A3 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?)</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 & A2 acima.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A1 somente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A2 somente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	
<p>Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO</p> <p>AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5). - Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5). - Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5). - Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5). - Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5). - Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5). <p>A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____</p> <p>Esclareça ao entrevistado que:</p> <p>A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):</p> <p>A5 - _____</p> <p style="text-align: center;">("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B)</p>	

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C5 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C9 - Quando você chega no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12 - Quando você tem que ir ao "nome do médico / enfermeira / local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

D - LONGITUDINALIDADE					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Quando você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você acha que o seu "médico/enfermeiro" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - O seu "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 - Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 - O seu "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 - O seu "médico/enfermeiro" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - O seu "médico/enfermeiro" conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D11 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O seu "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?

- Sim
 Não (Passe para a questão F1)
 Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E4 - O seu "médico/enfermeiro" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - O seu "médico / enfermeiro" ou alguém que trabalha no / com "nome do serviço de saúde" ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - O seu "médico/enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E8 - Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você vai no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você vai ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G14 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro".					
Em consultas ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1- Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 - Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" com sua família.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 - O seu "médico/enfermeiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 - O seu "médico/enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?					

J4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6 - Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>